

附件三 公眾自動體外心臟電擊去顫器 (AED) 使用紀錄表

| 修正規定 | | 現行規定 | | 說明 |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|---|------------------|
| 附件三:公眾自動體外心臟電擊去顫器 (AED) 使用紀錄表 | | 附件三:公眾自動體外心臟電擊去顫器 (AED) 使用紀錄表 | | 將款次及相關數字修正為中文數字。 |
| AED 資訊 (必填) | 廠牌 序號 | AED 資訊 (必填) | 廠牌 序號 | |
| (一) 報告者資訊 | | 1) 報告者資訊 | | |
| 報告者姓名(必填) | 聯絡電話 (必填) 報告日期 (必填) | 報告者姓名(必填) | 聯絡電話 (必填) 報告日期 (必填) | |
| 反應者身分(必填) | <input type="checkbox"/> 病人親友 <input type="checkbox"/> 醫護人員或救護技術員 <input type="checkbox"/> 場所員工 <input type="checkbox"/> 其他民眾 <input type="checkbox"/> 其他: _____ | 反應者身分(必填) | <input type="checkbox"/> 病人親友 <input type="checkbox"/> 醫護人員或救護技術員 <input type="checkbox"/> 場所員工 <input type="checkbox"/> 其他民眾 <input type="checkbox"/> 其他: _____ | |
| 反應者訓練資料 (必填) | <input type="checkbox"/> 不曾參加心肺復甦術 (CPR)或 AED 相關訓練 <input type="checkbox"/> 曾經參加 CPR 或 AED 相關訓練: _____ <input type="checkbox"/> 不詳 | 反應者訓練資料 (必填) | <input type="checkbox"/> 不曾參加心肺復甦術 (CPR)或 AED 相關訓練 <input type="checkbox"/> 曾經參加 CPR 或 AED 相關訓練: _____ <input type="checkbox"/> 不詳 | |
| (二) 事故資訊 | | 2) 事故資訊 | | |
| 事故地點 (必填) | | 事故地點 (必填) | | |
| 事故通報日期/時間(必填) | _____年____月____日 ____時____分 (二十四小時制) | 事故通報日期/時間(必填) | _____年____月____日 ____時____分 (24 小時制) | |
| AED 使用地點 (必填) | <input type="checkbox"/> 同事故地點 <input type="checkbox"/> 其他: _____ | AED 使用地點 (必填) | <input type="checkbox"/> 同事故地點 <input type="checkbox"/> 其他: _____ | |
| 事故描述 (必填) | | 事故描述 (必填) | | |
| (三) 病患與急救資訊 | | 3) 病患與急救資訊 | | |
| 病患資料 | 姓名(若知道): 病患性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不確定 病患年紀 約____歲 | 病患資料 | 姓名(若知道): 病患性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不確定 病患年紀 約____歲 | |
| 急救模式 (必填) | <input type="checkbox"/> 沒有通氣,也沒有壓胸 CPR <input type="checkbox"/> 只通氣 <input type="checkbox"/> 只壓胸 CPR <input type="checkbox"/> 通氣並壓胸 CPR <input type="checkbox"/> 其他: 說明_____ | 急救模式 (必填) | <input type="checkbox"/> 沒有通氣,也沒有壓胸 CPR <input type="checkbox"/> 只通氣 <input type="checkbox"/> 只壓胸 CPR <input type="checkbox"/> 通氣並壓胸 CPR <input type="checkbox"/> 其他: 說明_____ | |
| AED 抵達日期/時間 | (必填) _____月____日 ____時____分 (二十四小時制) AED 電擊次數 (必填) _____次 | AED 抵達日期/時間 | (必填) _____月____日 ____時____分 (24 小時制) AED 電擊次數 (必填) _____次 | |
| 病患預後 (必填) | <input type="checkbox"/> 現場曾恢復心跳 <input type="checkbox"/> 現場不曾恢復心跳但轉送醫院 <input type="checkbox"/> 不施行心肺復甦術(DNAR) <input type="checkbox"/> 急救無效並中止心肺復甦術 <input type="checkbox"/> 明顯死亡 <input type="checkbox"/> 其他: 說明_____ | 病患預後 (必填) | <input type="checkbox"/> 現場曾恢復心跳 <input type="checkbox"/> 現場不曾恢復心跳但轉送醫院 <input type="checkbox"/> 不施行心肺復甦術(DNAR) <input type="checkbox"/> 急救無效並中止心肺復甦術 <input type="checkbox"/> 明顯死亡 <input type="checkbox"/> 其他: 說明_____ | |
| 病患轉送模式 (必填) | <input type="checkbox"/> 一一九救護車 或 <input type="checkbox"/> 其他救護車_____ <input type="checkbox"/> 其他車輛或交通工具: 說明_____ 送離現場時間: : _____年____月____日 ____時____分 (二十四小時制) | 病患轉送模式 (必填) | <input type="checkbox"/> 119 救護車 或 <input type="checkbox"/> 其他救護車_____ <input type="checkbox"/> 其他車輛或交通工具: 說明_____ 送離現場時間: : _____年____月____日 ____時____分 (24 小時制) | |
| 病患動向(必填) | <input type="checkbox"/> 醫院: _____醫院 <input type="checkbox"/> 其他: _____ | 病患動向(必填) | <input type="checkbox"/> 醫院: _____醫院 <input type="checkbox"/> 其他: _____ | |
| 其他說明: | 填表人 姓名: 聯絡電話: 電子郵件: 填寫日期: _____年____月____日 | 其他說明: | 填表人 姓名: 聯絡電話: 電子郵件: 填寫日期: _____年____月____日 | |